

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

### Dati dello Studente:

- Nome e Cognome: \_\_\_\_\_
- Data di nascita: \_\_\_\_\_
- Classe: \_\_\_\_\_
- Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

### Dichiarazione di Consenso

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di  
(barrare l'opzione pertinente):

- Studente maggiorenne
- Genitore/Tutore dello studente minorenni

dichiara di aver preso visione delle informazioni relative allo Sportello di Ascolto Psicologico attivato dall'Istituto e condotto dalla Dott.ssa Adelaide Merendino.

Dichiara inoltre di essere stato/a informato/a che:

- Il servizio è di natura volontaria e riservata.
- Gli incontri saranno gestiti nel rispetto della privacy, secondo le normative vigenti.
- Per gli studenti minorenni, è necessaria l'autorizzazione di entrambi i genitori/tutori legali.
- Il consenso può essere revocato in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta entro 2 giorni.

Esprimo il mio consenso affinché lo studente sopra indicato possa usufruire del servizio di Sportello di Ascolto Psicologico.

Firma dello studente maggiorenne: \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore (se minorenni): \_\_\_\_\_

Luogo e Data: \_\_\_\_\_